

а також загибель нервових клітин мозку. Наркотики вражають насамперед найскладніший вищий відділ нервової системи – кору головного мозку. У тих осіб, які почали вживати наркотики у період становлення особистості (у підлітковому віці) протягом 2-5 років формуються стійкі патологічні особистісні зміни, їх поведінка стає психоподібною, часто поєднуються з антисоціальними і асоціальними діями.

Наркоманія серед підлітків – медико-соціальна проблема, тому вимагає комплексного підходу як у клінічному, такі в соціальному плані. Не можна ізольовано формувати свідомість людини, не змінюючи свідомості навколишнього середовища. А це означає, що для боротьби з наркоманією серед молоді також як і з іншими соціальними хворобами, необхідне створення здорової соціальної обстановки, політичної стабільності, оздоровлення загальнооекономічної і духовно-етичної атмосфери в нашій країні.

Висновок. Таким чином, узагальнюючи наведене, можна стверджувати, що значущість проблеми наркоманії серед підлітків в Україні зростає з кожним роком. Але щоб отримати перемогу над цією хворобою людство повинно перш за все зрозуміти небезпеку цього лиха. Адже у багатьох, особливо у молоді, існує неправильне уявлення про наркотики. Підлітки помиляються, вважаючи наркоманію розвагою, що відносить у світ приємних відчуттів. Вони навіть не підозрюють, яку небезпеку приховують у собі ці „задоволення”, які наслідки спричиняють нешкідливі на перший погляд захоплення, до якої життєвої трагедії вони призводять. Для вирішення цього питання необхідно дивитися у корінь самої проблеми, необхідно з'ясувати причину і створити умови, щоб у майбутньому вона не призвела до небажаних результатів. Питанню наркоманії серед підлітків необхідно приділяти більше уваги, важливу роль у вирішенні цього питання відіграє сестра медична. Саме вона повинна формувати у підлітків негативне ставлення до наркотичних речовин. Одним з її основних завдань є популяризація знання про шкоду наркотиків серед молоді.

НАСЛЕДСТВЕННЫЙ КОЛОРЕКТАЛЬНЫЙ РАК - КРИТЕРИИ ДИАГНОСТИКИ

О. Е. Кузнецов, О. В. Горчакова, А. А. Кузнецова

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

УО «Гродненский государственный медицинский колледж»

Опухоли толстого кишечника, прямой кишки или колоректальный рак (КРР) считаются сравнительно частой патологией. В Европейских странах заболеваемость составляет около 20-30 случаев на 100 тыс. жителей, в Беларуси, в 2013-15 годах в структуре новообразований кишечника зарегистрировано около 2 557 новых случаев опухолей толстой кишки и 1 938 случаев рака прямой кишки [1]. 5% всех опухолей данной локализации являются наследственно-обусловленной патологией, предрасположенность к

которой передаётся по аутосомно-доминантному типу. В Европе и Америке доказано, что около 15-20% пациентов с опухолями толстой кишки имеют среди родственников I степени родства такую же патологию [4].

Факторы и показатели риска развития опухоли:

возраст: возникновение опухоли возрастает после 55 лет.

наличие родственника I степени родства, заболевшего КРР до 50 лет (риск заболеть среди членов его семьи удваивается). В этом случае следует подозревать наследственные синдромы [5]. Метод, позволяющий определить наследственно-обусловленные формы КРР – молекулярно-генетический.

Цель исследования – уточнение клинических критериев наследственного КРР для ранней диагностики (молекулярно-генетическое исследование, определением мутаций).

Материал и методы исследования. Исследование выполнено в Гродненском регионе в 2010-2015 гг. Проведен популяционный, госпитальный скрининг и скрининг регионального онкологического регистра, которым было охвачено 13 182 человека. Скрининг регистра – 416 человек (пациенты, состоящие на учете по поводу КРР), госпитальный скрининг – 196 человек (лица, находящиеся на стационарном лечении с подозрением на наличии опухоли), популяционный скрининг – 12 570 человек (практически здоровые пациенты). При разработке критериев формирования групп риска развития КРР, за основу был взят приказ МЗ РБ от 27.12.2007г. №1018 [2]. В ходе проведения скрининга все лица были распределены по группам: высокий риск развития наследственного колоректального рака, подозрение на наличие наследственного колоректального рака и отсутствие риска наследственного рака.

Данные респондентов отражали информацию о частоте и характере онкопатологии у пробанда/родственников и вносились в запатентованную, для лиц с наследственной патологией базу данных [3]. Статистический анализ – SPSS 13.

Результаты исследования. По данным статистического управления области в регионе на учете состоит 1 805 больных колоректальным раком, из них на долю женщин приходилось 57,8% (1043 случая). Из общего числа, в возрасте до 50 лет, рак был диагностирован у 789 человек, из них 63,0% женщин (497 человек). По мере увеличения возраста возникновения заболевания при постановке на учет, в структуре пациентов с КРР увеличивалось количество мужчин ($p < 0,01$). У 25% пациентов с раком былотягощенный семейный анамнез. Критерием отбора пациентов с КРР для дальнейшего молекулярного исследования с целью поиска мутаций в генах является возраст на момент постановки диагноза. Учитывая, что такие пациенты составили 43,7% от состоящих на учете, а также принимая во внимание опыт работы Европейских центров по мониторингу и диагностике наследственных опухолей, предложены критерии формирования клинических групп риска развития наследственного КРР.

Критерии отнесения к группе «подозрение на наличие наследственного колоректального рака»:

- наличие у пациента синхронного или метасинхронного колоректального рака и ассоциированных с ним опухолей в любом возрасте;
- наличие у пациента патологических признаков высокой микросателлитной нестабильности (инфильтрации лимфоцитами, Crohn's-подобная лимфоцитарная реакция, молекулярный характер роста), установленных в возрасте до 60 лет;
- колоректальный рак и ассоциированные с ним опухоли (рак эндометрия, желудка, яичников, поджелудочной железы, уретры и почечных лоханок, желчных протоков, мозга, слюнных желез, аденомы и кератоакантомы, карциномы), диагностированные, по крайней мере, у одного родственника 1-й степени родства в возрасте моложе 50 лет;
- колоректальный рак или ассоциированные с ним опухоли, диагностированные в любом возрасте у 2-х родственников 1-й или 2-й степени родства.

Критерии включения в группу «высокого клинического риска возникновения наследственного колоректального рака»:

- колоректальный рак или ассоциированные с ним опухоли, диагностированные у 3-х и более родственников 1-й степени родства, по крайней мере, у одного родственника в возрасте моложе 50 лет.

Анализ результатов анкетирования респондентов при проведении популяционного, госпитального скрининга и скрининга онкологического регистра позволил распределить пациентов в группы: отсутствие риска наследственного колоректального рака, подозрение на наличие наследственного колоректального рака и высокий риск развития наследственного колоректального рака. Полученные результаты скрининга приведены в таблице 1.

Таблица 1. Риск развития наследственного колоректального рака у пациентов при госпитальном, популяционном скрининге и скрининге онкологического регистра

Группа риска	N	%
<i>Скрининг онкологического регистра</i>		
Высокий риск наследственного колоректального рака	7	1,68
Подозрение на наличие наследственного колоректального рака	95	22,84
Отсутствует риск наследственного рака	314	75,48
Всего	416	
<i>Госпитальный скрининг</i>		
Высокий риск наследственного колоректального рака	13	6,63
Подозрение на наличие наследственного колоректального рака	53	27,04
Отсутствует риск наследственного рака	130	66,32
Всего	196	
<i>Популяционный скрининг</i>		
Высокий риск наследственного колоректального рака	10	0,08
Подозрение на наличие наследственного колоректального рака	52	0,41
Отсутствует риск наследственного рака	12508	99,51
Всего	12570	

Как видно из таблицы, среди лиц с установленным диагнозом колоректальной опухоли, при скрининге онкологического регистра региона, встречаемость лиц с высоким риском развития наследственного КРР, составила 1,68% от общего количества опрошенных ($p < 0,05$). При анкетировании лиц, находящихся на лечении в стационаре, выявлено 13 пациентов с высоким риском развития наследственного КРР и 53 – с подозрением на наличие наследственного колоректального рака: 6,63% и 27,04% соответственно. Из общего числа респондентов, опрошенных при проведении популяционного скрининга, суммарный высокий риск наследственного КРР и лиц с подозрением на наличие наследственного колоректального рака составил 0,49% (62 человека от общего числа анкетизируемых).

Выводы. Повышенный риск развития КРР наследственного генеза имеется почти у 0,5% населения региона. Частота выявления лиц с высоким риском развития наследственного КРР, достоверно больше при госпитальном скрининге чем при скрининге онкологического регистра региона ($p < 0,002$). По результатам скринингов, удельный вес лиц, вошедших в группу повышенного риска развития КРР – 8,39%. Эти лица (родственники) нуждаются в исследовании генетических особенностей наследственных форм опухоли, дальнейшем динамическом наблюдении с целью, профилактики, ранней диагностики и эффективного лечения.

Эти данные позволяют говорить об актуальности создания региональных центров диагностики наследственных опухолей, позволяют формировать группы риска среди населения, оказывать помощь в планировании объема работ по лабораторной и инструментальной диагностике и рассчитать потребность в оборудовании, необходимом для проведения диспансеризации, профилактических и диагностических мероприятий.

Литература

1. Океанов, А.Е. Статистика онкологических заболеваний в Республике Беларусь (2003-2012) / А.Е. Океанов, П.И. Моисеев, Л.Ф. Левин // РНПЦ ОМР им. Н.Н. Александрова. – Минск, 2013. – 373с.
2. Приказ Мин-ва здравоохранения Респ. Беларусь №1018 27.12.2007 №1018 «Об онкогенетическом консультировании». Минск: 2009. – 2с.
3. Савицкий, С.Э. Диагностическая информационно-диагностическая система предупреждения наследственного рака (ДИАС) / С.Э. Савицкий, О.Е. Кузнецов, С.А. Ляликов. – Гродно: Гродненская обл. клин. больница. № 147 (С20100021) от 26.02.2010; опубл. 25.03.2010 // Реестр зарег. компьют. прогр. Нац. цэнтр інтэлектуал. уласнасці. – 2010.
4. Gardovski, A. Clinical and molecular features of hereditary breast and ovarian cancer in Latvia / A. Gardovski // Riga P. Stradin University. – Riga, 2008. – 36 p.
5. Rabeneck, L. Ontario's Colon Cancer Check: results from Canada's first province-wide colorectal cancer screening program. / L.Rabeneck [and oth.] // Oncology. Ontario, 2014. – №23(3) – p. 508–515.